附件2-1

零售药店申请医保定点所需资料以及申请资料说明

| 序号 | 申请资料名称 | 资料有效性判断要点 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 定点零售药店申请表 | 需法定代表人、企业负责人及实际控制人签名。连锁药店，需加盖连锁总公司及分店公章。单体药店，均需加盖药店公章。请按照附件2-2填写. | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 2 | 药品经营许可证正、副本 | 应当在有效期内，有效期开始日期距申请定点日期至少3个月，盖有市场监督管理部门公章，含变更记录。 | 上传原件 |
| 3 | 营业执照正、副本 | 应当在有效期内，盖有市场监督管理部门公章。 | 上传原件 |
| 4 | 法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证 | 应当在有效期内。法定代表人（经营者、投资人）的认定方式与续签药店协议相同。 | 上传加盖申请机构公章的复印件 |
| 5 | 执业药师资格证或药师证及其劳动合同 | 证件在有效期内，加盖发证机构公章。劳动合同应当在有效期内并有双方签名，并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保，加盖本机构公章。 | 上传加盖申请机构公章的复印件 |
| 6 | 医保专（兼）职管理人员劳动合同 | 劳动合同应当在有效期内并有双方签名，并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保，加盖机构公章。 | 上传加盖申请机构公章的复印件 |
| 7 | 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本 | 至少含医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度，且符合基本要求。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 8 | 与医保有关的信息系统相关材料 | 请按照附件2-3填写。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 9 | 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 | 至少含四个部分内容：1.零售药店基本情况；2.近3个月运营状况：销售商品（含药品、医疗器械、保健食品、消毒用品、非医疗用品等）总量及总费用情况；3.预测分析纳入定点后医保基金医使用情况；4.医保基金安全风险防范预案及措施。可参考附件2-4。 | 上传加盖申请机构公章原件 |

附件2-2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 深圳市定点零售药店申请表 | | | |
| 机构名称 |  | 所在区 |  |
| 注册地址 |  | 仓库地址 |  |
| 经营许可证号码 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 发证日期 |  | 许可证有效期限 |  |
| 经营方式 |  | 经营范围 |  |
| 法定代表人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 机构开户银行 |  | 机构开户名称 |  |
| 机构开户账号 |  | 法定代表人 |  |
| （企业负责人） |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 申请业务类型 | □刷社会保障卡或医保凭证 | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  | 是否具备与医保政策对应的内部管理制度和财务制度 |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 |  | 是否设立医保/非医保专区，并有明确标识 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的  信息系统 | |  | |
| 执业药师 | 人 | 执业中药师 | 人 |
| 其他药学技术人员 | 人 | 药师总人数 | 人 |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| 文书邮寄送达  地址 |  | | |
| 收件人 |  | 收件人联系方式 |  |
| 申请理由 | 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，零售药店地址、法定代表人、企业负责人等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | |
|  | 法定代表人签名： |  |
|  | 主要负责人签名： |  |
|  | 实际控制人签名： |  |
|  |  | （单位盖章） |
|  | 申请日期： 年 月 日 | |

附件2-3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **信息系统相关材料** | | | | | |
| 零售药店名称 | | |  | | |
| 药店联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 开发商 |  | | | | |
| 医疗保障信息系统接口对接 | | | | | |
| 序号 | 接口号 | | 接口名称 | 是否完成对接 | 备注 |
| 1 | 9001 | | 签到 |  | 药店 |
| 2 | 1101 | | 人员信息获取 |  |
| 3 | 2101 | | 药店预结算 |  |
| 4 | 2102 | | 药店结算 |  |
| 5 | 2103 | | 药店结算撤销 |  |
| 6 | 5203 | | 结算信息查询 |  |
| 7 | 5204 | | 费用明细查询 |  |
| 8 | 90991 | | 社保卡密码校验 |  |
| 9 | 3201 | | 医药机构费用结算对总账 |  |
| 10 | 3202 | | 医药机构费用结算对明细账 |  |
| 进销存信息系统 | | | | | |
| 进销存信息系统 | | □ 已建立 □未建立 备注：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 零售药店  自评结果 | □通过。 □不通过。  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |

附件2-4

纳入定点后使用医疗保障基金的预测性

分析报告

一、零售药店基本情况

（根据零售药店自身情况填写）

二、近3个月运营状况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **销售商品总量** | | |
| **销售商品分类** | **数量** | **占比** |
| 药品 |  |  |
| 医疗器械 |  |  |
| 保健食品 |  |  |
| 消毒用品 |  |  |
| 非医疗用品 |  |  |
| 其他 |  |  |
| **总量** |  | **100%** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **销售商品总费用** | | |
| **销售商品分类** | **费用** | **占比** |
| 药品 |  |  |
| 医疗器械 |  |  |
| 保健食品 |  |  |
| 消毒用品 |  |  |
| 非医疗用品 |  |  |
| 其他 |  |  |
| **总费用** |  | **100%** |

三、预测分析纳入定点后医保基金使用情况

（根据零售药店近三个月运营情况预测分析）

四、医保基金安全风险防范预案及措施

（根据零售药店自身情况制定）

机构名称（盖章）

年 月 日